

Хирургическая тактика при острых гастродуоденальных изъязвлениях, осложненных кровотечением (обзор литературы)

Никольский В.И., доктор медицинских наук, профессор, Сергацкий К.И., кафедра хирургии Медицинского института Пензенского государственного университета, г. Пенза

Surgical tactics in acute gastroduodenal ulcerations complicated by bleeding (the literature review)

Nickolsky V.I., Sergatsky K.I.

Резюме

В обзоре литературы представлена эволюция взглядов на хирургическую тактику при острых гастродуоденальных эрозиях и язвах, осложненных кровотечением. Детально рассматривается проблема выбора объема и времени проведения оперативного вмешательства при острых кровоточащих изъязвлениях. Хирургическая тактика до настоящего времени в полной мере не определена. Выбор способа операции должен быть индивидуализированным и зависящим от степени устранения фактора провоцирующего изъязвление, интенсивности кровотечения, степени кровопотери, возраста больных, опыта хирурга. Важное значение имеет сравнительная простота оперативного пособия и его переносимость больными. **Ключевые слова:** острые эрозии и язвы, желудочно-кишечное кровотечение, оперативное лечение.

Summary

The evolutions of view on surgical treatment in patients with bleeding from acute ulcers and erosions complicated by bleeding are presented in the literature review. The problem of choice of volume and timing of surgical intervention in acute gastroduodenal ulcerations is considered in details. Until the present time, the surgical tactics is not defined to the full. The choice of operation's method should be individualized and depend on capability of ulcerogenic factor elimination, the bleeding intensity, degree of hemorrhage, patients age, and surgeon's experience. The comparative simplicity of operation and its acceptability has an important value.

Keywords: acute ulcers and erosions, gastrointestinal bleeding, surgical treatment.

Лечение больных с кровоточащими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) до сих пор является одной из сложных проблем в urgentной медицине [1]. Результаты лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений (ЯГДК) еще весьма далеки от желаемого уровня [2], а выбор метода оперативного лечения больных с острой геморрагией из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) остается наиболее сложным и спорным в экстренной хирургии органов брюшной полости [3, 4].

Среди причин гастродуоденальных кровотечений (ГДК) острые эрозии и язвы (ОЭиЯ) составляют от 10 до 30% [5], а вероятность развития геморрагии достигает 75% [6]. Общая летальность при осложненных острых стрессовых гастродуоденальных язвах остается чрезвычайно высокой, достигая 80% [7]. Количество больных с ОЭиЯ ЖКТ продолжает увеличиваться [8]. Острые изъязвления слизистой оболочки желудка (СОЖ) и ДПК имеют сложный пато-

генез и возникают при механических или термических поражениях, гипоксияциях, ряде хирургических заболеваний в стадии декомпенсации, после оперативных вмешательств, стрессовых для организма ситуаций и приема ulcerогенных препаратов. Высокий процент кровоточащих острых язв (ОЯ) и высокая летальность при этом осложнении объясняются тем, что они зачастую протекают на фоне основного заболевания и тяжелого состояния больного. Нередко первым признаком кровотечения бывает коллапс, который в ряде случаев ошибочно трактуется, как проявление основной патологии.

Тактика хирурга при ОЭиЯ, осложненных кровотечением, до настоящего времени в полной мере не определена. Анализ литературы показывает, что однозначно решить эту проблему невозможно по нескольким причинам. Во-первых, это связано с трудностями диагностики, вследствие которых хирург не может установить правильный диагноз. Во-вторых, даже при наличии мотивированного диагноза тяжесть состояния больного, обусловленное сопутствующей патологией, массивной кровопотерей, не всегда позволяет сразу решиться на операцию [8]. Кроме того, остаются спорными вопросы лечебной тактики, показаний к оперативному лечению, сроков и объема их выполнения

Ответственный за ведение переписки -

Сергацкий К.И.

440064, Россия, г. Пенза, проспект Строителей 144-82,

E-mail: sergatsky@bk.ru,

сот. тел. 89273723813

[9, 10]. Это объясняется, прежде всего, отсутствием объективных критериев для выбора оптимального метода лечения. Для прогнозирования развития рецидива кровотечения предложено множество методик [11-13]. Вместе с тем, несмотря на несомненную актуальность проблемы, в периодической литературе за последние несколько лет подобные вопросы в отношении ОЭиЯ обсуждались недостаточно.

На основании анализа мировой литературы за 1968-1969 года Eisenberg отметил неудовлетворенность хирургов результатами оперативного лечения кровоточащих ОЯ, а некоторые исследователи пришли к выводу о том, что больные с ОЯ – это те, которым операция производится напрасно [9]. Сопоставление результатов оперативного и консервативного лечения острых осложненных кровотечением язв позволило J. Schier (1974) установить, что в первом случае кровотечение удается остановить у 48% больных, тогда как во втором лишь у 16%. Получив аналогичные данные, некоторые хирурги, сделали вывод, что эффект оперативного лечения в 3 раза превышает таковой консервативного [9]. J. Kintley в 1969 году выдвинул мнение о том, что большинству больных с массивным кровотечением из стресс-язв показана срочная операция несмотря на ее чрезмерный риск. Многие авторы также рекомендуют более широко ставить показания к оперативному вмешательству, так как для ряда больных только операция может оказаться эффективным методом лечения, а значит, и достижения надежного гемостаза [9].

Кроме того, до настоящего времени четких и общепринятых указаний в литературе о том, когда ставить показания к операции, практически нет. Большинство современных авторов, также как и исследователи 70-80 гг. XX века, ограничиваются расплывчатой формулировкой – оперативное лечение показано при неэффективности консервативной терапии [16-20]. Попыткой конкретизации была рекомендация В.П. Хохолы и соавт. (1989) и L.Y. Cheung (1981) прибегать к оперативному лечению в случае упорного или рецидивирующего кровотечения, которое не поддается нехирургическим методам гемостаза.

N.J. Lygidakis (1980) рекомендовал прибегать к операции, если кровотечение, несмотря на консервативную терапию, продолжается более двух суток или нарастает. В.Н. Холопчев (1977), основывая лечебную тактику на данных фиброэзофагогастродуоденоскопии (ФЭГДС), считал, что операция показана при обнаружении в дне ОЯ кровоточащего или тромбированного сосуда, при локализации язвенного дефекта в бассейне крупных сосудов желудка вне зависимости от степени кровопотери. При этом наилучшие результаты получены автором, когда вмешательство производилось в первые 24 часа от начала геморрагии [9]. По мнению упомянутых авторов, при наличии у больного нескольких факторов риска образования ОЯ (в особенности дыхательной недостаточности), к оперативному лечению необходимо прибегать как можно раньше, а В. Launois и соавт. (1977) для предупреждения возникновения кровотечения из ОЯ у больных с особо высоким риском деструкции СОЖ, предлагают оперировать даже с профилактической целью [9]. Недопустимость промедления операции при кровоточащей ОЯ подчеркивают и В.Д. Братусь с соавт. (1980).

Основу лечебной тактики при ЯГДК тяжелой и средней степени у больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, по убеждению Б.И. Мирошникова и соавт. (2000), составляет раннее оперативное вмешательство, противопоказаниями к которому может служить только декомпенсированное состояние сердечно-сосудистой системы.

Однако, высокая послеоперационная летальность, достигающая 72,6% и выше, побуждает многих авторов к начальной консервативной терапии больных с острыми кровоточащими изъязвлениями [9]. Обобщая тенденции в этом вопросе, Л.В. Поташев (1982) отмечает, что активная хирургическая тактика, преобладавшая ранее, все чаще уступает место эндоскопическим методам гемостаза с последующей терапией, которая должна быть направлена на устранение причинного фактора язвообразования.

По мнению А.А. Курыгина и О.Н. Скрыбина (1996) решение вопроса о необходимости операции не может быть стандартизовано, а должно приниматься индивидуально в каждом конкретном случае.

Профессор В.Н. Чернов и соавт. (1999) провели комплексную работу, направленную на определение хирургической тактики при кровоточащих ОЭиЯ гастродуоденальной зоны (ГДЗ). Учеными предложен и обоснован необходимый объем диагностических мероприятий, определены сроки и объем оперативного вмешательства, выделены факторы риска рецидива кровотечения: размер ОЯ 0,7 см и более, множественность ОЯ, локализация ОЯ в области сосудистой “дорожки” – зоны желудка шириной до 2 см, по передней и по задней его стенкам параллельно малой кривизне в 3-4 см от нее. Критериями определения хирургической тактики служат интенсивность кровопотери и эндоскопическая характеристика изъязвлений (размеры, множественность, локализация). Показаниями к проведению вмешательства в экстренном порядке являются продолжающееся струйное кровотечение при высокой и средней интенсивности кровопотери; капиллярное продолжающееся кровотечение при отсутствии эффекта от эндоскопической остановки и высокой интенсивности кровопотери; капиллярное кровотечение в сочетании со средней и низкой интенсивностью кровопотери и 3 факторов рецидива. Показаниями к выполнению операции в срочном порядке служат состоявшееся кровотечение при высокой интенсивности кровопотери и наличии любых 2 факторов риска рецидива геморрагии; капиллярное продолжающееся кровотечение при средней интенсивности кровопотери и сочетании 3-го фактора риска рецидива кровотечения с любым из 2 оставшихся или неэффективность консервативного лечения в течение 12 часов; остановившееся кровотечение при средней интенсивности кровопотери и сочетании всех 3 факторов рецидива кровотечения; капиллярное кровотечение при низкой интенсивности кровопотери в случае неэффективности консервативной терапии в течение 24 часов. Неоспоримым показанием к проведению экстренной операции является факт рецидива кровотечения. Также авторами подчеркивается необходимость pH-метрии для оптимизации объема и метода вмешательства у больных с ОЯ. Послеоперационная летальность при применении разработанной тактики составила 5,3%.

А.П. Михайлов и соавт. (2004) склоняются к комплекс-

ному лечению кровоточащих ОЭИЯ ЖКТ, при котором лекарственный и эндоскопический гемостаз (ЭГ) следует дифференцированно сочетать с хирургическими способами остановки кровотечения. В этом отношении активизированная хирургическая тактика имеет явные преимущества. Главным фактором, которым руководствуются авторы при определении вопроса о показании к операции, является степень кровопотери. Экстренные операции выполняли больным с тяжелой степенью кровопотери вне зависимости от того, продолжается кровотечение или оно остановилось, а также больным со средней и легкой степенью кровопотери в случае продолжающегося кровотечения. Кроме того, экстренное оперативное вмешательство выполнялось больным с невыясненной причиной и локализацией источника массивной и рецидивирующей геморрагии. Наряду с прочими факторами учитывалось общее состояние больного, которое зависит от возраста, характера основного и сочетанных заболеваний. Срочную операцию авторы выполняли у больных со средней степенью кровопотери и остановившемся кровотечении при неустойчивом гемостазе, а также у больных с тяжелой степенью кровопотери, отказавшихся от экстренной операции в ночное время. Отсроченные операции выполнялись больным с множественными, неподдающимися консервативному лечению ОЭИЯ.

В последние годы появились ряд публикаций, посвященных дальнейшему совершенствованию индивидуализированной хирургической тактики [27]. При кровоточащей гастродуоденальной язве за счет использования динамической эндоскопии, зонда-детектора раннего рецидива кровотечения, совершенствования методик ЭГ уменьшено число экстренных и превентивных хирургических вмешательств [2, 28]. Перевод этих операций в разряд отсроченных или плановых позволил снизить показатели послеоперационной и общей летальности.

Таким образом, в доступной отечественной и иностранной литературе за последние несколько лет, информация по поводу лечебной тактики, показаний к операции при осложненном развитии кровотечения ОЭИЯ, сроках и необходимых объемах оперативного вмешательства чрезвычайно скудна, а многие вопросы до настоящего времени остаются спорными. Трудность выбора рационального метода операции для каждого больного, отсутствие единых рекомендаций по диагностике и лечению пока не позволяет достичь удовлетворительных результатов. Кроме того, обобщая данные изученной литературы, можно сделать вывод, что решение о необходимости операции не может быть полностью стандартизировано, а должно приниматься индивидуально в каждом конкретном случае. Выбор момента для вмешательства зависит от возможностей лечебного учреждения в проведении необходимых консервативных мероприятий и лечебно-диагностической ФЭГДС, а чем меньше таких возможностей, тем скорее и чаще приходится прибегать к оперативному лечению больных с кровотечением из ОЭИЯ ГДЗ.

Выбор способа операции и объем оперативного вмешательства у больных с кровоточащими ОЯ представляет собой трудную задачу. Это вполне объяснимо, так как поли-

этиологичность ОЭИЯ и сложность их патогенеза не позволяют рассчитывать на использование какой-то универсальной операции. Кроме того, имеют значение состояние, возраст больных, тяжесть основного и сочетанного заболеваний, степень устранения стресс-факторов и факторов риска изъязвлений, интенсивность кровотечения, степень кровопотери, локализация ОЯ, выраженность поражений, а также опыт и квалификация хирурга.

Основной задачей хирургического вмешательства при оказании помощи больным с ОЭИЯ, осложненными развитием геморрагии, является надежная остановка последней с причинением минимальной операционной травмы.

Впервые в нашей стране оперативное вмешательство по поводу острых кровоточащих язв желудка было предпринято в 1967 году Э.Н. Ваняном и Н.К. Матвеевым [26]. Для остановки кровотечения из стресс-язвы желудка авторы выполнили резекцию органа.

Сейчас хирурги используют широкий арсенал способов оперативных вмешательств при осложненных кровотечениях ОЭИЯ: прошивание язв, деваскуляризацию желудка, варианты ваготомии, иссечение язв, иссечение и прошивание язв, резекцию желудка, ваготомию с резекцией желудка, экстирпацию желудка и некоторые другие.

По мнению А.П. Михайлова и соавт. (2004) ведущую роль в лечении осложненных ОЭИЯ ГДЗ играют органосохраняющие операции. Авторы связывают это с тем, что крайне тяжелым больным, страдающим тяжелыми заболеваниями, а также перенесшим хирургические вмешательства, получившим обширные ожоги или травмы, показаны наименее травматичные операции, разнообразие которых позволяет хирургу добиться хорошего результата в лечении, казавшись бы, безнадежного больного.

Так некоторые исследователи [24, 29], руководствуясь принципом минимального объема оперативного пособия, считают возможным ограничиться только прошиванием кровоточащих ОЯ.

Однако, по данным В.П. Хохоли и соавт. (1989), М.П. Королева (1997), J.P. Hubert et al. (1980) непосредственные результаты прошивания ОЯ и эрозий не могут удовлетворить хирургов; рецидив кровотечения у таких больных колеблется от 38% до 59%, а летальность – от 39,2% до 63% [9]. Кроме того, стресс-язвы могут рецидивировать даже после ушивания кровоточащих язв в культе ранее резецированного желудка. Тем не менее, для крайне тяжелых больных другие оперативные вмешательства еще более опасны, тогда как экстренная операция с прошиванием сосуда при интенсивном и массивном кровотечении нередко является единственным способом спасти погибающего больного.

Частые рецидивы кровотечения после простого прошивания ОЯ стимулировали поиск других органосохраняющих вмешательств.

Иссечение острой кровоточащей язвы – достаточно распространенное паллиативное оперативное вмешательство, которое также не гарантирует от рецидива кровотечения. Так, по наблюдениям А.П. Михайлова и соавт. (2004), данная операция оказалась не радикальной в 13,8% случаев.

F.D. Richardson и G.V. Aust в 1977 году впервые предложили выполнять деваскуляризацию желудка [9]. Некото-

рые авторы предлагают сочетать данное оперативное пособие с вариантами ваготомии и дренированием желудка. Однако, результаты экспериментальных исследований (повышение всенозного давления в 5 раз, что может усилить геморагию; снижение емкости сосудистого русла в желудке в 6-8 раз, артериального давления на 40-70%, снижение скорости кровотока в 5-8 раз, что усиливает гипоксию и приводит к расстройствам трофики в СОЖ, прогрессированию деструктивного процесса и возникновению ОЯ) и клинических наблюдений (продолжение кровотечения после данной операции и необходимость последующего радикального вмешательства, наблюдения рецидивов кровотечения) не позволяют считать дезартериализацию желудка операцией выбора при кровотечении из острых гастродуоденальных язв.

С 50-х годов началась эпоха ваготомии. Это хирургическое вмешательство справедливо связано с именем L.R. Dragstedt (1945). В 70-80 гг. прошлого столетия некоторые исследователи, например, А.И. Горбашко и соавт. (1977), настаивали на том, что операция при осложненных кровотечениях ОЯ ГДЗ наряду с гемостатическим эффектом должна иметь патогенетическую направленность, что сокращает, по их мнению, процент рецидивов. Исходя из этого, В.Т. Зайцев и соавт. (1981) предлагают выполнять селективную проксимальную ваготомию как альтернативу простой дезартериализации желудка. Гемостатический эффект достигается угнетением кислотно-пептической агрессии и снижением кровотока в сосудах слизистой. Также заслуживают внимания сообщения В.П. Хохоли и соавт. (1989), которые предлагают лигирование левых желудочных сосудов как дополнение к стволовой ваготомии после прошивания острых кровоточащих язв.

По мнению многих авторов достаточно эффективным и более простым в техническом исполнении (что уменьшает время проведения операции) при кровотечении из острых язв ГДЗ оказывается применение стволовой ваготомии в сочетании с прошиванием кровоточащих язв и дренирующей желудок операцией [18-20, 35, 36].

Применение ваготомии с целью остановки кровотечения из ОЯ ГДЗ обусловлено: 1) подавлением базальной секреции на 90-100%, стимулированной – на 76% и снижением протеолитической активности желудочного сока, что усиливает местный гемостаз; 2) увеличением продукции щелочных компонентов сока желудка; 3) уменьшением агрессивных свойств желчи за счет снижения в ней желчных солей; 4) повышением концентрации фибриногена и уменьшением фибринолитической активности крови, оттекающей от стенок желудка; 5) снижением кровотока в СОЖ; 6) уменьшением моторики желудка; 7) снижением портального давления; 8) снижением кровотока в слизистой оболочке вследствие преобладания симпатической иннервации сосудистого русла, что приводит к спазму сосудов; 9) раскрытием подслизистых артериовенозных шунтов и сбросу крови из СОЖ в подслизистый слой, что приводит к гемостазу при кровотечении из поверхностных язв [9, 37]. Последующая пилоропластика, как правило, по способу Гейнекс-Микучича, предотвращает желудочный стаз.

Таким образом, пересечение блуждающих нервов по-

зволяет устранить патологическую импульсацию по ним к интрамуральному нервному аппарату желудка и, тем самым, снизить кислотно-пептическую агрессию. Гемостатический эффект ваготомии обусловлен также усилением активности симпатической нервной системы, наблюдающимся после операции. Кроме того, этот вариант оперативного лечения считается наиболее простым, а частота рецидивов кровотечения и летальность не выше, чем после других видов оперативного вмешательства. Так, по данным некоторых авторов [9, 17, 38], рецидив кровотечения после ваготомии наблюдается у 6-9,5% оперированных, а Ю.М. Стойко и соавт. (2001) и А.П. Михайлов и соавт. (2004) рецидивов не наблюдали. А.А. Курыгин и соавт. (1997), наблюдавшие 229 больных с желудочным кровотечением, вызванным ОЭиЯ, и применявшие при этом 6 различных видов оперативного вмешательства, пришли к выводу, что стволовая ваготомия с пилоропластикой и в некоторых случаях с прошиванием язв и эрозий в случаях массивного кровотечения может оказаться единственным спасительным методом лечения. Это вмешательство по своей эффективности несопоставимо с паллиативными операциями, а из-за малой травматичности, оно сопровождается значительно более низкой летальностью, чем резекция желудка (9-11,8% и 41,3% соответственно).

Многие авторы [20, 39-41] считают, что при тяжелом кровотечении из язвы ДПК предпочтение следует отдавать именно стволовой ваготомии с прошиванием сосудов или с иссечением источника кровотечения в сочетании с пилоропластикой.

Опасность ulcerогенного эффекта ваготомии, о которой предупреждают некоторые ученые, А.А. Курыгин и В.В. Румянцев (1992) считают преувеличенной.

Многие исследователи отдают предпочтение ваготомии с антрумэктомией в связи с неудовлетворенностью результатами паллиативных операций [3, 43-45].

По данным литературы, резекцию желудка у больных с кровоточащими ОЭиЯ выполняют нечасто. Это объясняется тем, что возможность выполнения такой сложной и довольно травматичной операции ограничена, как правило, тяжелым состоянием пациентов, подвергающихся оперативному вмешательству. Поэтому, рекомендуя эту операцию при множественных кровоточащих ОЯ, А.И. Горбашко (1977) оговаривает неперемное условие – конспированное состояние больного, а “радикальность операции не должна превышать потенциальные силы больного, тем более, что резекция желудка не гарантирует от образования новых язв и рецидива кровотечения” [9]. Послеоперационная летальность после резекции желудка составляет 34-41% [8].

Основанием в пользу выполнения резекции желудка служит то, что в процессе вмешательства удаляется не только источник кровотечения, но и гастринпродуцирующая зона, в результате чего происходит снижение кровенаполнения слизистой культуры желудка и снижение кислотности желудочного сока. Данное оперативное пособие, по мнению А.П. Михайлова и соавт. (2004), показано больным с множественными ОЭиЯ, осложненным профузным кровотечением, когда трудно, а нередко и не представляется возможным

добиться надежного гемостаза при ушивании или иссечении изъязвлений, а также при сочетании их с хроническими язвами. В ходе своей работы резекции желудка авторы выполняли по способу Бильрот – I, Гофмейстера-Финстера, а также применяли модифицированный способ резекции по Ру, пилоруссохраняющую поперечную резекцию с сохранением магистральных сосудов и нервов желудка, пилоруссохраняющую трубковидную резекцию с укреплением кардии (при локализации ОЭиЯ в кардиальном у субкардиальном отделе) и ререзекцию культи желудка с прошиванием язв в случае их высокой локализации.

Кроме того, было установлено, что резекция желудка при острых симптоматических кровоточащих изъязвлениях не может считаться радикальным вмешательством, так как она не исключает образование ОЯ в оставшейся культе органа с возможным кровотечением в раннем послеоперационном периоде. Кровоточащие ОЯ рецидивируют даже после субтотальной резекции желудка. По данным А.А. Курыгина и соавт. (1996), рецидив ГДК из ОЯ после резекции желудка наблюдается в раннем послеоперационном периоде в 33-53% наблюдений. Вместе с тем, по мнению Л.В. Поташева и соавт. (1982), патогенетически резекция желудка при ОЯ не имеет достаточных оснований, а являясь травматичным вмешательством, ухудшает состояние и без того тяжелых больных до критического, и нередко сама приводит к летальным исходам. Ю.М. Панцыревым и А.А. Гринбергом (1979) было доказано, что резекция желудка при кровотечении из ОЯ даст значительно худшие отдаленные результаты, чем при хронических язвах ДПК (особенно у пациентов молодого возраста).

Максимально радикальным вмешательством, выполняемым при кровоточащих ОЭиЯ ГДЗ, является гастрэктомия. Данное оперативное вмешательство является сложным и опасным, и даже в плановой хирургии сопровождается большим количеством осложнений и летальностью до 20% [47]. Однако, при отсутствии эффекта от попытки выполнения первичного эндогемостаза при лечении послеоперационных ЖКК, Ю.Г. Старков и соавт. (2008) рекомендуют выполнять данную операцию или ограничиться субтотальной резекцией желудка. В.Н. Горбунов и соавт. (1998) выполняли гастрэктомию на высоте профузного рецидивного кровотечения после ваготомии и прошивания множественных острых изъязвлений СОЖ. В.Д. Федоров (2008), применяя экстирпацию, желудка приводит успешные примеры хирургического лечения больных при повторных профузных желудочных кровотечениях. В целом большинство авторов склоняются к тому, что гастрэктомия является крайней мерой, выполнение которой обосновано лишь в случае

рецидивных кровотечений из ОЯ после ранее выполненного оперативного вмешательства (летальность при возникновении которых достигает 60%) либо при наличии диффузного поражения слизистой проксимального отдела ЖКТ [9].

Существует мнение [51, 52], что при выполнении операции при ЯГДК, оправдан агрессивный подход, так как рецидив кровотечения чаще бывает после вмешательств ограниченного объема и может стать фатальным.

Однако, В.П. Хохлая и соавт. (1989) во всех случаях при кровотечениях из ОЭиЯ предпочитают малоинвазивные оперативные вмешательства. Так при диффузном геморрагическом гастрите авторы выполняют деваскуляризацию желудка, а при кровотечениях из одиночных ОЯ предпочитают отдавать стволовой ваготомии в сочетании с антрэктомией.

Таким образом, задачей и обязательным необходимым условием успешного лечения больных с геморрагией из ОЭиЯ ГДЗ, является надежная остановка кровотечения, предупреждение его рецидива. Хирургическое лечение при остром ГДК служит довольно эффективным методом. Однако выбор лечебной тактики, способа и объема оперативного вмешательства у больных с кровоточащими ОЭиЯ представляет сложную задачу. Хирургическая тактика до настоящего времени в полной мере не определена. Нет общепринятых рекомендаций по решению этой проблемы. Полиэтиологичность заболевания и сложность патогенеза не позволяют полагаться на универсальное оперативное пособие. Вместе с тем, не обнадеживающими являются высокие показатели послеоперационной летальности, особенно при вмешательствах на высоте кровотечения, либо радикальных методиках вмешательства. Выбор объема и способа операции у больных с острыми изъязвлениями слизистой ГДЗ, осложненными развитием кровотечения, должен быть индивидуализированным, зависимым от степени устранения фактора провоцирующего изъязвление, интенсивности кровотечения, степени кровопотери, возраста больных, опыта хирурга. Также значение в выборе способа операции при ГДК имеет ее сравнительная простота и переносимость больными [53], поэтому ведущую роль в лечении осложненных ОЭиЯ ГДЗ играют органосохраняющие операции. Из их числа предпочтение отдается ваготомии (как правило, стволовой) с дренирующей желудок операцией, как патогенетически обоснованной. Положительными аспектами вмешательства, кроме отмеченных выше, являются меньшая травматичность и послеоперационная летальность, сокращение времени операции по сравнению таковыми при резекцией желудка, выполнение которой, однако, показано в некоторых ситуациях. ■

Литература:

1. Прудков МИ, Ницневич ЕВ, Кармазов АЮ, Деревяло ЕВ Эндоэсophageй гемостаз и мониторинг в комплексной терапии язвенных гастродуоденальных кровотечений. Эндоэсophageй хирургия, приложение. Материалы VII всероссийского съезда по эндоскопической хирургии 2004; 1: 126-7.
2. Шалвов ЮГ, Капралов СВ, Беляков АВ, Матвеева ЕН. Оптимизация эндохирургической тактики при кровоточащей гастродуоденальной язве на основании определения параметров микроциркуляции. Анналы хирургии 2007; 1: 33-6.
3. Панцырев ЮМ, Михалев АИ, Федоров ЕД. Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений. Хирургия 2000; 3: 21-5.
4. Ohta S, Yukioka T, Miyagatani Y. Hemostasis with endoscopic

- hemoclipping for severe gastrointestinal bleeding in critically ill patients *Am J Gastroenterol* 1996; 91 (4): 701-4.
5. Тверитинова ЛФ. Вопросы этиопатогенеза острых изъязвлений желудка и двенадцатиперстной кишки при неотложных состояниях. *Хирургия* 2008; 3: 74-5.
6. Стреласовский ВП, Шишлян КВ, Старков ЮГ, Дамарев ЛВ. Кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта после операций на органах брюшной полости. *Хирургия* 2004; 8: 76-80.
7. Кубышкин ВА, Шишлян КВ. Эрозивно-язвенное поражение верхних отделов желудочно-кишечного тракта в раннем послеоперационном периоде. *Consilium medicum, хирургия* 2004; 1: 17-20.
8. Михайлов АП, Давылов АМ, Налалков АН, Шульгин ВЛ. Острые язвы и эрозии пищеварительного тракта. СПб: Изд-во Санкт-Петербург ун-та; 2004.
9. Курьягин АА, Скрыбин ОН. Острые послеоперационные гастродуоденальные язвы. СПб: Сфинкс; 1996.
10. Чернов ВН, Мисюев ИА, Скорляков ВВ. Хирургическая тактика при кровотечениях из острых язв и эрозий гастродуоденальной зоны. *Хирургия* 1999; 6: 10-4.
11. Лебедев НВ, Климков АЕ, Войташевская НВ, Бархударова ТВ, Сидорова ИВ. Гастродуоденоскопия в диагностике и лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений. *Хирургия* 2007; 3: 17-21.
12. Хаднобаев АМ, Маликов ЮР, Хольматов РМ, Мельник ИВ, Алдыров УД. Роль эндоскопии в диагностике и лечении гастродуоденальных кровотечений. *Хирургия* 2005; 4: 24-7.
13. Федоров ЕД, Михалев АИ, Орлов СЮ, Тимофеев МЕ, Чернышев ПЛ, Пыхов РВ. Эндоскопическая диагностика и остановка острых гастродуоденальных кровотечений и прогнозирование риска их рецидива. *Рос журн гастроэнтерол, гепатол, колопроктал* 2002; 1: 9-18.
14. Schier J. Stress-Blutungen. *Fortschr Med* 1974; 13: 539-41.
15. Kirtley J, Scott H.W, Sawyers J. et al. The surgical management of stress ulcers. *Ann Surg* 1969; 169 (5): 801-9.
16. Ермолов АС, Тверитинова ЛФ, Пахомова ГВ, Царенко СВ, Кудряшова НЕ, Сордина ДГ, Спиридонова ТГ. Гастродуоденальные кровотечения при критических состояниях. *Хирургия* 2004; 8: 41-5.
17. Котаев АЮ. Острые эрозии и язвы верхнего отдела желудочно-кишечного тракта, осложненные кровотечениями. *Русский медицинский журнал* 2006; 6: 501-4.
18. Луценко ЭВ, Горбунов ВН, Наумов БА, Гусынова ИИ. Острые изъязвления слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки. *Хирургия* 1990; 2: 149-53.
19. Прибыла ОВ. Послеоперационные острые гастродуоденальные эрозии и язвы. *Вестник хирургии* 1992; 2: 247-51.
20. Стойко ЮМ, Курьягин АА, Мусинов ИМ. Ваготомия в лечении острых изъязвлений желудка, осложненных тяжелым кровотечением. *Вестник хирургии* 2001; 3: 25-9.
21. Хохлая ВП, Саенко ВФ, Доценко АП, Грубых ВВ. Клиника и лечение острых язв пищеварительного тракта. Киев: Здоровье; 1989.
22. Cheung L.Y. Treatment of established stress ulcer disease. *World J Surg* 1981; 5 (2): 235-40.
23. Lygidakis N.J. Acute gastric bleeding due to diffuso erosive gastritis. *Acta chir belg* 1980; 79 (6): 391-5.
24. Братусь ВД, Пыщальнюк НТ, Тююченко ВМ, Обуховед Муса. Новые тенденции в диагностике и лечении острых желудочно-кишечных кровотечений. *Клиническая хирургия* 1980; 4: 7-11.
25. Мирошников ВИ, Чечурин НС. Язвенное гастродуоденальное кровотечение у больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями. *Вестник хирургии* 2000; 1: 106-9.
26. Поташев ЛВ, Алиев МА, Седов ВМ, Нурмаков АЖ. Кровотечения из острых и хронических гастродуоденальных язв. Алма-Ата: Казахстан; 1982.
27. Шевченко ЮА, Коржавикова АА, Стойко ЮМ, Бадуров БШ. Дифференцированное лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений. *Хирургия* 2006; 11: 18-23.
28. Шапкин ЮГ, Капранов СВ, Матвеева ЕН, Урядов СЕ, Хрустовская ЛА. Активная тактика в лечении кровоточащей язвы. *Хирургия* 2004; 9: 29-31.
29. Широкова КИ. Спонтанно-матерские язвы. *Клиническая медицина* 1980; 3: 103-7.
30. Королев МП. Лечебная тактика при кровоточащих острых гастродуоденальных язвах и синдроме Маллори-Вейса. *Вестник хирургии* 1997; 2: 38-9.
31. Hubert J.P, Kiernan F.D, Welch J.S. et al. The surgical management of bleeding stress ulcer. *Ann Surg* 1980; 191 (6): 672-9.
32. Dragstedt L.R. Vagotomy for gastroduodenal ulcer. *Ann Surg* 1945; 12: 973-978.
33. Горбашко АИ, Мерзляков ГС, Батчаев ОХ. Тактика хирурга и объем оперативного вмешательства при острых осложненных язвах желудочно-кишечного тракта. *Советская медицина* 1977; 9: 43-7.
34. Зайцев ВТ, Велгоцов ИИ, Алексеево ВЕ, Дерман АИ. Острые гастродуоденальные изъязвления, осложненные кровотечениями. Общая и неотложная хирургия 1981; 11: 29-33.
35. Хорев АН. Кровотечения из острых язв слизистой оболочки желудка. *Хирургия* 1993; 9: 6-12.
36. Эфендиев ВМ, Касумов НА, Кязимов АС, Алиев ТМ, Веллев МА, Алиев ФГ. Ваготомия в лечении кровоточащего рефлюкс-эзофагита и гастродуоденальных кровотечений. *Хирургия* 2004; 6: 24-6.
37. Курьягин АА. Ваготомия в хирургической гастроэнтерологии: легенды и действительность. *Вестник хирургии* 2006; 4: 83-6.
38. Курьягин АА, Курьягин АА, Серова ЛС, Свиринов АД. Ваготомия в нестандартных ситуациях абдоминальной хирургии. СПб: Гиппократ; 1997.
39. Кузин МИ. Актуальные вопросы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. *Хирургия* 2001; 1: 27-31.
40. Ефименко НА, Лысенко МВ, Асташов ВЛ. Кровотечение из хронических гастродуоденальных язв: современные взгляды и перспективы лечения. *Хирургия* 2004; 3: 56-60.
41. Moody F.G. Principles of surgery. NY: Mc Graw - Hill Book Company; 1989.
42. Курьягин АА, Румянцев ВВ. Ваготомия в хирургической гастроэнтерологии. СПб: Гиппократ; 1992.
43. Ратнер ГЛ, Кветной ИМ, Березлаховой ИИ. Изучение агудитов желудка при гастродуоденальных кровотечениях. *Хирургия* 1990; 2: 89-93.
44. Братусь ВД, Фоминов БД, Федоров ЕА. Возможности улучшения результатов лечения больных с острым язвенным кровотечением. *Хирургия* 1992; 9: 65-7.
45. Горбунов ВН. Пути улучшения результатов хирургического лечения кровоточащих и прободных пилородуоденальных язв. Автореф дис. ... д-ра мед наук М; 1993.
46. Пандырцев ЮМ, Гринберг АА. Ваготомия при осложненных дуоденальных язвах. М: Медицина; 1979.
47. Шорох ГП, Климович ВВ. Гастрэктомия в лечении желудочных кровотечений. *Хирургия* 2001; 11: 35-8.
48. Старков ЮГ, Курбанов ЖЖ, Солодьянова ЕН, Шишлян КВ. Эндоскопическая диагностика и лечение послеоперационных желудочно-кишечных кровотечений. *Хирургия* 2008; 4: 4-10.
49. Горбунов ВН, Столярчук ЕВ. Гастрэктомия на вылете редививного прободного кровотечения после ваготомии из множественных острых язв желудка. *Хирургия* 1998; 7: 56-7.
50. Федоров ВД. Эстирипация желудка без наложения эзофагоинтеростомы при повторных желудочных кровотечениях. *Хирургия* 2008; 3: 4-9.
51. Казымов ИЛ, Кириленко АС, Файбушевич АГ, Курбанов ФС, Таричко ЮВ. Диагностика, лечение и профилактика острых эрозивно-язвенных гастродуоденальных кровотечений у кардиохирургических больных. *Хирургия* 2007; 7: 21-25.
52. Lau J.Y, Chung S.C. Surgery in the acute management on bleeding peptic ulcer. *Baillieres Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2000; 14 (3): 505-18.
53. Пандырцев ЮМ, Михалев АИ, Федоров ЕД. Хирургическое лечение прободных и кровоточащих гастродуоденальных язв. *Вестник хирургии* 2003; 3: 43-9.